

(表面)

様式コード		健康保険 厚生年金保険		任意適用取消申請書	
9	2	9	9		
平成		年	月	日提出	
提出者記入欄	事業所整理記号				
	事業所所在地	下記のとおり、別紙同意書を添えて、申請します。 〒			
	事業所名称				
	事業主氏名	Ⓜ			
	電話番号	()			
		社会保険労務士記載欄			
		氏名等		Ⓜ	
事業所記入欄	①	事業の種類			
	②	被保険者数			
	③	健康保険組合	名称		
			所在地		
		解散するか しないかの別			

様式第六号(第十四条関係)

(裏面)

記入方法

提出者記入欄 : 事業所整理記号は下図を参照し、新規適用時または名称・所在地変更時に付された記号を記入してください。
事業主の押印は、署名(自筆)の場合は必要ありません。

事業所整理記号	0	1	イ	ロ	ハ
---------	---	---	---	---	---

①事業の種類 : 健康保険法第3条第3項第1号または厚生年金保険法第6条第1項第1号の区分に従って記入してください。
※区分は「事業所業態分類票」で確認できます。

②被保険者数 : 被保険者数を記入してください。

③健康保険組合 : 健康保険組合に加入している場合のみ、記入してください。

- 備考1 : この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。
2 : 必要があるときは、所要の変更又は調整を加えることができる。